BOLETIN MENSUAL

SIDA

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

MEXICO



SECTOR SALUD

año 2 número 4 abril 1988

CONTENIDO



NUMERO DE CASOS DE SIDA NOTIFICADOS	
A NIVEL MUNDIAL	EN AMERICA
85 273	62 536

FUENTE: OMS WER 31 MARZO 88

EDITADO POR LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. SSA

1. SITUACION DEL SIDA EN MEXICO. DATOS ACTUALIZADOS HASTA EL 1º DE ABRIL DE 1988.

Se han reportado a la OMS 85,273 casos de SIDA a nivel mundial y 62,536 en América (hasta el 31 de marzo).

México continua ocupando el 8o. y 4o. lugar en cuanto a número de casos a nivel mundial y del continente americano respectivamente.

El número de casos acumulados al 1º de abril asciende a 1302. Durante el último mes se notificaron 69 nuevos casos; de los cuales la mayoría inició su padecimiento en 1987.

En este Boletín se presenta el número de casos distribuidos por regiones, así como la tasa por millón de habitantes y la proporción correspondientes a cada una. Se han considerado cuatro regiones. El Distrito Federal presenta la tasa más elevada con 47.2 casos por millón de habitantes y acumula el 37.2% de los casos; le sigue la Región Norte que incluye los estados de Baja California S., Baja California N., Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas con una tasa de 19.5 casos por millón de habitantes y el 19.3% de los casos; la Región Centro-Occidente que incluye los estados de Jalisco, Michoacán, Guerrero, San Luis Potosí, Sinaloa, Aguascalientes, Colima, Durango, Nayarit y Zacatecas con una tasa de 14.7 casos por millón de habitantes y el 22.4% de los casos; la Región Sur que incluye Yucatán Campeche, Quintana Roo, Chiapas, Oaxaca y Tabasco con una tasa de 9.3 casos por millón de habitantes y el 6.2% de los casos y la Región Centro-Oriente que incluye México, Veracruz, Morelos, Puebla, Guanajuato, Hidalgo, Tlaxcala y Querétaro con 5.9 casos por millón de habitantes y el 13.3% de los casos.

El Distrito Federal y los estados fronterizos presentan la mayor proporción de casos, así como el mayor riesgo expresado en tasas de incidencia acumulada.

Se presentan las tasas de incidencia acumulada por millón de habitantes en algunas ciudades de Brasil, México y Estados Unidos (cuadro 1). En Río de Janeiro y Sao Paulo, las tasas reportadas son 39.4 y 55.2 respectivamente en San Francisco 1,594, Nueva York 1,472, Houston 675, Los Angeles 609 y San Diego 404. Los habitantes de la ciudad de México (tasa de 47.2) tienen un mayor riesgo de padecer SIDA que los residentes de Río de Janeiro. En ciudades como San Francisco y Nueva York existen mas de 1.4 casos de SIDA por cada 1,000 habitantes de cualquier sexo ó edad.

Se han notificado 1216 casos en hombres y 86 casos en mujeres, con una relación hombre-mujer de 14 a 1. La mayor proporción de casos, en ambos

sexos se continúa presentando en el grupo de edad de 25 a 44 años. La relación hombre mujer en cada grupo de edad es diferente; la menor es la que se presenta en menores de 15 años, y que es de 5 a 1; la más elevada es la que se observa en el grupo de 45 a 64 años y que es de 19 a 1.

En este número se presentan el número de casos y las tasas correspondientes de acuerdo a edad y sexo. La tasa global es de 16.7 casos por millón de habitantes; para los hombres es de 31 casos de SIDA por cada millón de habitantes masculinos y para las mujeres de 2.2 casos por cada millón de habitantes femeninos. En el caso de los hombres la tasa más alta se presenta en el grupo de edad de 25 a 44 años y es de 90.5 casos por cada millón de habitantes (es decir, un caso de SIDA por cada 10 000 hombres de 25 a 44 años de edad). En las mujeres la tasa más elevada se presenta en el mismo grupo de edad y es de 5 casos por cada millón mujeres de 25 a 44 años.

En lo que se refiere a factor de riesgo en adultos, en forma global el 90% de los casos se asocia a transmisión sexual y el 8.7% de los casos a transmisión sanguínea. Al analizar por separado los factores de riesgo en hombres y mujeres se encuentran diferencias importantes. En los hombres el 94.1% de los casos está asociado a transmisión sexual, de ellos el 63.0% coresponden a homosexuales, el 25.9% a bisexuales y el 5.2% tiene antecedente de contacto heterosexual. El 4.5% se asocia a transmisión sanguínea, 2.5% corresponde a sujetos con antecedente transfusional, 1.6% hemofílicos y 0.4% drogadictos intravenosos. En el 1.4% de los casos existe antecedente de factor de riesgo combinado (homosexualidad y drogadicción intravenosa). En cambio en las mujeres, la mayor proporción de casos, 65.7%, se asocia a transmisión sanguínea a través de transfusión. El 34.3% se asocia a transmisión sexual, a través de contacto heterosexual. La proporción de casos en los que no se documentó el antecedente de factor de riesgo es similar para ambos sexos (18.6%).

En lo que se refiere a los niños, el número de casos con respecto al mes anterior se incrementó en uno. El 60.4% de los casos se asocia a transmisión sanguínea, de los cuales el 33.3% se debe a hemofilia.

En cuanto a las instituciones notificantes, el 41.3% (538 casos) han sido notificados por la SSA; el 39.1% (509 casos) por el IMSS, el 9.5% (123 casos) por el ISSSTE, y el 10.1% (132 casos) por otras instituciones.

En lo que se refiere al estado actual de los pacientes, el 33% (359 casos) han fallecido; 67% (728 casos) continúan vivos. Se desconoce el estado actual de 215 pacientes.

NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR FECHA DE INICIO DE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1980-1988

AÑO/SEMESTRE	Nº DE CASOS POR FECHA DE INICIO	Nº DE CASOS ACUMULADOS
1981		
1er. semestre	1	1
2do. semestre	1	2
1982		
1er. semestre	3	5
2do. semestre	8	13
1983		
1er. semestre	18	31
2do. semestre	18	49
1984		
1er. semestre	18	67
2do. semestre	54	121
1985		
1er. semestre	79	200
2do. semestre	140	340
1986		
1er. semestre	155	495
2do. semestre	294	789
1987		
1er. semestre	314	1 103
2do. semestre	185	1 288
1988		
1er. semestre	14	1 302
TOTAL:	1 302	

FUENTE: INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD HASTA EL 1º DE ABRIL DE 1988.

CUADRO 1

TASAS DE INCIDENCIA ACUMULADA DE SIDA EN CIUDADES SELECCIONADAS DE MEXICO, BRASIL Y E.U.A.

CIUDAD	TASA*	NO. DE CASOS
Río de Janeiro	39.4	496 (1)
D.F.	47.2	469
Sao Paulo	55.2	1,608 (1)
San Diego	404	753 (2)
Los Angeles	609	4,558 (2)
Houston	675	1,967 (2)
Nueva York	1472	13,425 (2)
San Francisco	1594	5,181 (2)

* Por millón de habitantes

FUENTES: (1) Boletín Epidemiológico AIDS. Ministerio de Salud. Febrero, 1988.
(2) AIDS Weekly Surveillance Report CDC. Abril 4, 1988.

ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA*	PORCENTAJE
REGION CENTRO			
Distrito Federal	469	47.2	37.2
REGION NORTE			
Nuevo León	70	23.5	5.5
Coahuila	66	36.5	5.2
Baja California Norte	49	36.8	3.9
Tamaulipas	23	10.5	1.8
Chihuahua	21	9.5	1.7
Sonora	12	6.9	1.0
Baja California Sur	3	10.7	0.2
Subtotal	**244**	**19.5**	**19.3**
REGION CENTRO OCCIDENTE			
Jalisco	171	34.3	13.6
Michoacán	28	8.6	2.2
Guerrero	23	9.4	1.8
San Luis Potosí	15	7.8	1.2
Sinaloa	14	6.3	1.1
Nayarit	9	11.0	0.7
Aguascalientes	6	9.5	0.5
Colima	6	15.0	0.5
Durango	6	4.5	0.5
Zacatecas	4	3.2	0.3
Subtotal	**282**	**14.7**	**22.4**

ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA*	PORCENTAJE
REGION CENTRO ORIENTE			
México	72	7.0	5.7
Veracruz	36	5.7	2.9
Morelos	27	23.2	2.1
Puebla	15	3.8	1.2
Guanajuato	7	2.0	0.6
Hidalgo	7	4.0	0.6
Tlaxcala	2	3.1	0.1
Querétaro	2	2.2	0.1
Subtotal	**168**	**5.9**	**13.3**
REGION SUR			
Yucatán	37	30.0	2.9
Oaxaca	15	5.7	1.2
Chiapas	11	4.5	0.9
Campeche	7	13.1	0.6
Tabasco	5	4.5	0.4
Quintana Roo	3	9.0	0.2
Subtotal	**78**	**9.3**	**6.2**
EXTRANJERO	**20**	--	**1.6**
SUBTOTAL	**1261**	--	**100.0**
SE IGNORA	**41**		
TOTAL	**1 302**	**16.7**	**100.0**

*** Tasa X 1 000 000 habitantes.**

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE ABRIL DE 1988

EDAD Y SEXO

GRUPO DE EDAD	MASCULINO NO.	%	FEMENINO NO.	%	TOTAL	%	RAZON HOM/MUJ
-15	40	3.3	8	9.3	48	3.7	5/1
15-24	141	11.6	18	21.0	159	12.2	8/1
25-44	848	69.7	47	54.6	895	68.7	18/1
45-64	152	12.5	8	9.3	160	12.3	19/1
65-más	9	0.7	1	1.2	10	0.8	9/1
Se ignora	26	2.1	4	4.6	30	2.3	7/1
TOTAL	1216	100.0	86	100.0	1302	100.0	14/1

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA DE SIDA POR EDAD Y SEXO
E. U. MEXICANOS
1982-1988 (HASTA EL 1º DE ABRIL)

GRUPO DE EDAD	MASCULINO NO.	TASA*	FEMENINO NO.	TASA*	TOTAL	TASA*
-15	40	2.5	8	0.5	48	1.5
15-24	141	16.4	18	2.1	159	9.3
25-44	848	90.5	47	5.0	895	47.9
45-64	152	37.8	8	1.9	160	19.5
65-más	9	7.2	1	0.6	10	3.7
Se ignora	26	--	4	--	30	--
TOTAL	1216	31.0	86	2.2	1 302	16.7

* TASA POR 1 000 000 HAB.

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE ABRIL DE 1988

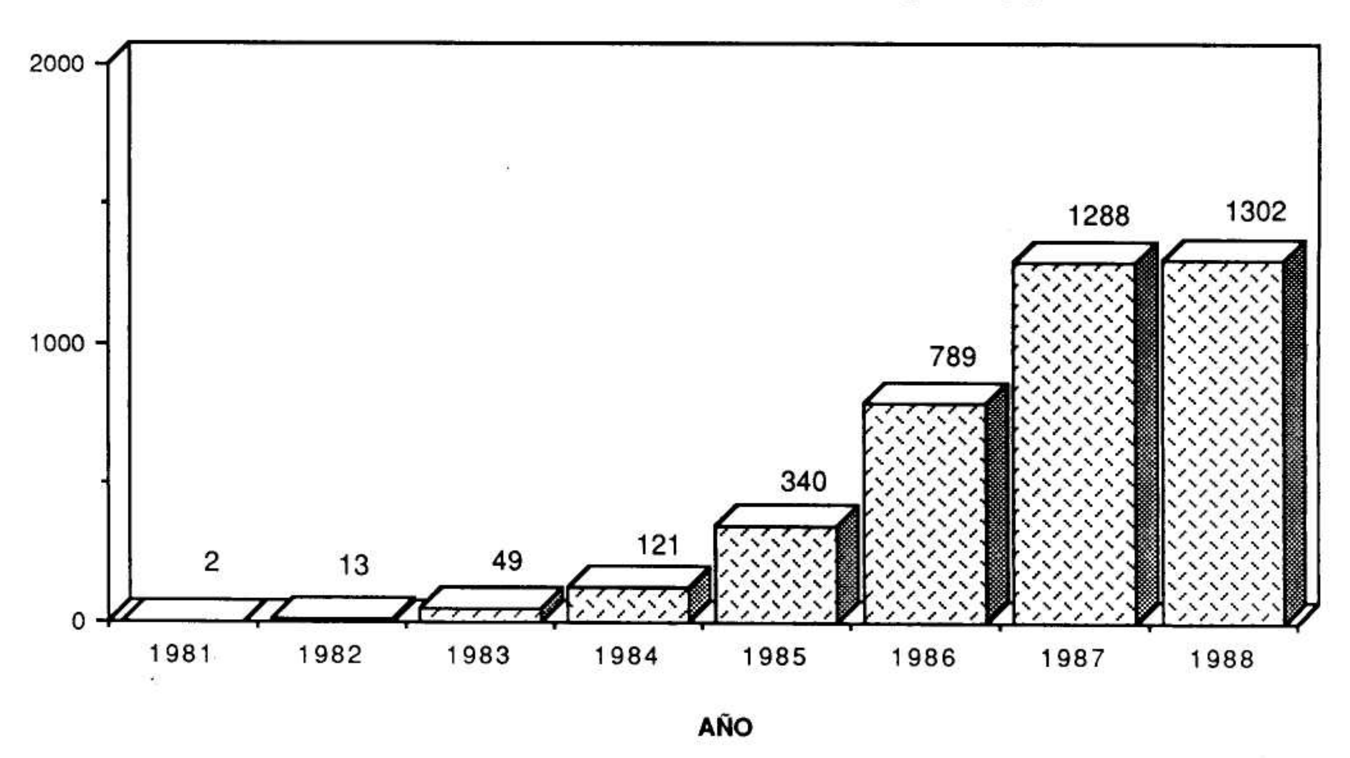
FACTOR DE RIESGO EN ADULTOS POR SEXO

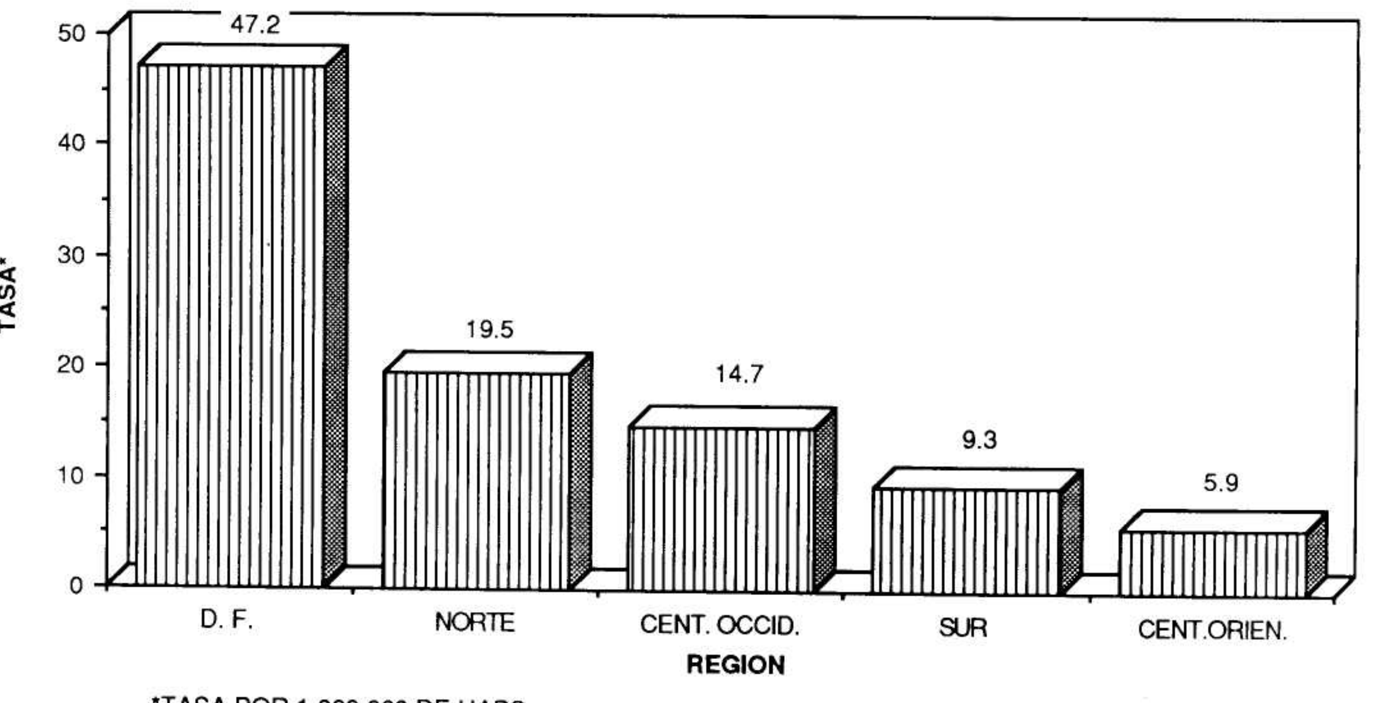
FACTOR DE RIESGO	MASCULINO NO.	MASCULINO %	FEMENINO NO.	FEMENINO %	TOTAL NO.	TOTAL %
HOMOSEXUALES MASC.	599	63.0			599	58.7
BISEXUALES MASC.	246	25.9			246	24.1
CONTACTOS HETEROSEXUALES	50	5.2	24	34.3	74	7.2
TRANSMISION SEXUAL	895	94.1	24	34.3	919	90.0
TRANSFUSION	24	2.5	46	65.7	70	6.8
HEMOFILICOS	15	1.6			15	1.5
DROGADICTOS (I.V.)	4	0.4			4	0.4
TRANSMISION SANGUINEA	43	4.5	46	65.7	89	8.7
HOMOSEX/DROGADICTOS (I.V.)	13	1.4			13	1.3
SUBTOTAL	951	100.0 (81.4)	70	100.0 (81.4)	1021	100.0 (81.4)
NO DOCUMENTADO	217	(18.6)	16	(18.6)	233	(18.6)
TOTAL	1 168	100.0	86	100.0	1254	100.0

FACTOR DE RIESGO EN CASOS PEDIATRICOS

FACTOR DE RIESGO	Nº	%
HEMOFILICOS	16	33.3
TRANSFUSION	13	27.1
TRANSMISION SANGUINEA	29	60.4
HOMOSEXUAL MASC.	2	4.2
HETEROSEXUAL FEM.	1	2.1
TRANSMISION SEXUAL	3	6.3
PERINATAL	10	20.8
NO DOCUMENTADO	6	12.5
TOTAL	48	100.0

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE ABRIL DE 1988





*TASA POR 1 000 000 DE HABS.

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE ABRIL DE 1988

POR EDAD Y SEXO

CASOS
1000
800
600
400
200
0

MUJERES
HOMBRES
TOTAL

8 40 48
18 141 159
47 848 895
8 152 160
1 9 10

> 15
15 - 24
25 - 44
45 - 64
65 - MAS

EDAD

TASAS POR EDAD Y SEXO

TASA *
100
80
60
40
20
0

MASC
FEM

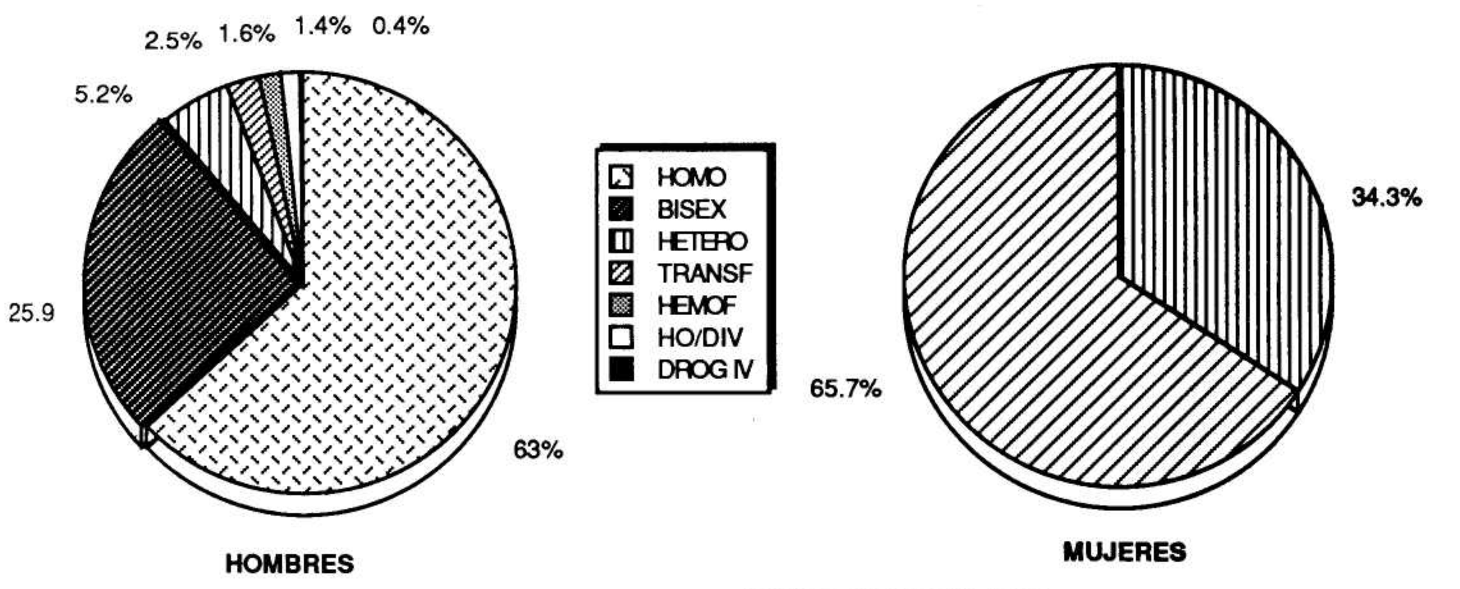
>15
15-24
25-44
45-64
65 +

GRUPO DE EDAD

* TASA POR 1 000 000 DE HABS.

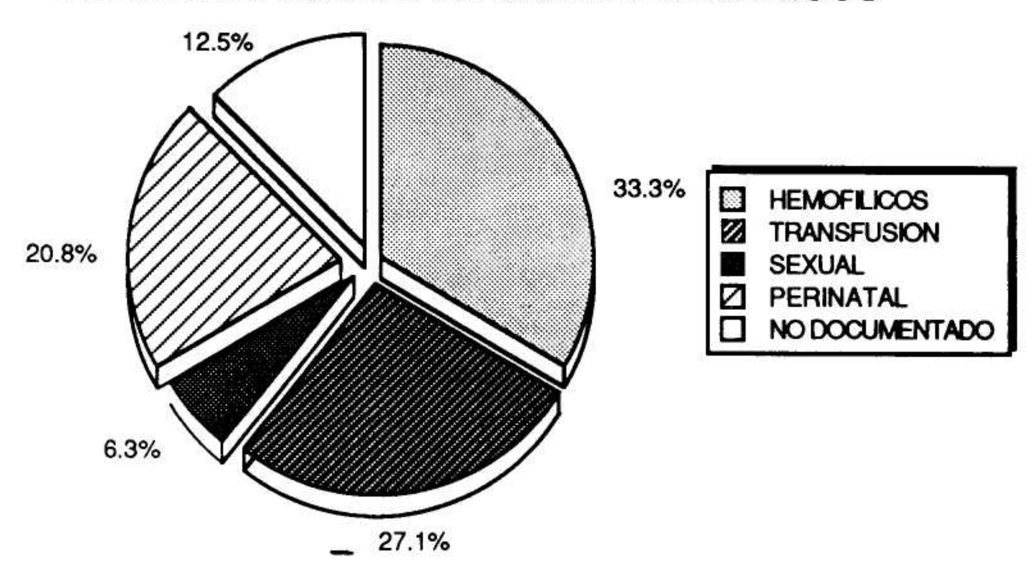
CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE ABRIL DE 1988

FACTOR DE RIESGO EN ADULTOS POR SEXO



SE IGNORA EL FACTOR DE RIESGO EN 217 HOMBRES Y 16 MUJERES

FACTOR DE RIESGO EN CASOS PEDIATRICOS



2. TRANSMISION DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN RECLUSOS.

INTRODUCCION

La investigación de la magnitud de la infección por VIH se ha llevado a cabo en grupos de sujetos con riesgos diferentes para la adquisición de la infección y que han incluído a la población de reclusorios. Estas investigaciones han suscitado controversias de orden epidemiológico, clínico, legal, psicológico, social y ético sobre las que se harán algunas consideraciones en este documento.

La reclusión por sí sola no define riesgo de infección por VIH. El riesgo está determinado por la prevalencia de infección en los reclusos y la frecuencia con que se efectúan prácticas de riesgo entre infectados y no infectados.

SITUACION EN OTROS PAISES

En los Estados Unidos y en Europa la población de reclusorios tiene particular importancia debido a que entre los reclusos se encuentran en mayor grado grupos con prácticas de alto riesgo como son los usuarios de drogas intravenosas. Por otro lado, el ambiente del reclusorio mismo favorece prácticas de alto riesgo como podrían ser los contactos homosexuales y el compartir agujas y jeringas no esterilizadas. En Estados Unidos se ha documentado abuso de drogas intravenosas en más del 30% de los reclusos en algunas prisiones. En un estudio llevado a cabo en prisiones federales de los Estados Unidos, el 30% de los reclusos admitieron realizar prácticas homosexuales (1).

Los estudios que se han llevado a cabo en este sentido han sido de dos tipos, la mayoría se han dirigido a investigar la prevalencia de infección por VIH en los reclusos. En otros, se han investigado los mecanismos asociados a la seroconversión en el interior del reclusorio.

En los Estados Unidos la prevalencia de infección por VIH en reclusos es mayor que la que se ha observado en población general; sin embargo, esto ha ocurrido en grupos con prácticas de riesgo conocidas, principalmente usuarios de drogas intravenosas; las tasas de prevalencia en reclusos sin riesgo conocido para infección por VIH están muy por debajo de las tasas descritas en grupos de alto riesgo.

En la Tabla I se muestran los resultados de algunos estudios (2) llevados a cabo en los Estados Unidos en los que la prevalencia es variable dependiendo del grupo de

TABLA I

PREVALENCIA DE INFECCION POR VIH EN RECLUSOS DE E.U.

Estado	Año	Reclusos	Sexo	Metodología	No. de encuestados	Prevalencia (%)
California	85	Drogadictos intravenosos	F	Autoselección	62	1.6
	85-87	Drogadictos intravenosos 2/3 prostitutas	F	Autoselección	774	3.6
	87	Drogadictos intravenosos heterosexuales	F	Autoselección	318	2.2
	87	Drogadictos intravenosos	M	Autoselección	281	0.7
	87	Drogadictos intravenosos homosexuales	M	Autoselección	13	15.4
	87	Drogadictos intravenosos heterosexuales		Autoselección	44	13.6
	87	Drogadictos intravenosos		Autoselección	366	0.8
	87	Varios		Autoselección	500	1.8
	87	Drogadictos intravenosos		Autoselección	611	1.4
Maryland	85	Prisioneros por más de 6 años	M(?)	Autoselección	137	1.5
	85	Todos los reclusos nuevos	M	Nvos. ingresos	748	6.9
	85	Todos los reclusos nuevos	F	Nvos. ingresos	35	17.1
Dakota del	86	Total de reclusos internados	M y F	Nvos. ingresos	1105	0.2
Sur	86	Todos los reclusos nuevos		Nvos. ingresos	427	0.2
	86	Total de reclusos internados		Nvos. ingresos	1124	0.2
	86-87	Todos los reclusos nuevos	M y F	Nvos. ingresos	893	0.1

Fuente: MMWR 1987; 36 (suppl. no. 5-6): 1-42

población encuestada. En cambio los estudios no son estrictamente comparables debido a que la metodología ha sido diferente: en algunos estudios se han investigado a los reclusos desde su ingreso en forma consecutiva, mientras que en otros existió autoselección de los sujetos encuestados.

En la mayoría de los estudios llevados a cabo en los individuos de nuevo ingreso en forma consecutiva la prevalencia es baja (0.0% a 0.9%). Solamente en dos estudios llevados a cabo en individuos de nuevo ingreso en forma consecutiva estas cifras han sido mayores (de 6.9% y 17.1%). En ellos no se especifica el tipo de población encuestada. En cambio los resultados muestran que en usuarios de drogas intravenosas el rango de prevalencia de seropositividad oscila entre 0.8 a 15.4%.

En Europa se llevó a cabo un estudio en prisiones en 17 países organizado por el Consejo Europeo. En Suiza se encontró una seroprevalencia de 11% en 5 centros investigados. En Francia se estudiaron 500 ingresos consecutivos, encontrándose que el 12.6% resultaron positivos. En Amsterdan el 11% de los reclusos resultó positivo (3).

En los estudios de incidencia de infección por VIH en reclusorios se ha encontrado que su frecuencia es muy baja.

En 137 reclusos que habían estado encarcelados por más de 7 años se documentaron 2 infectados (3). En otro grupo de 542 reclusos cuyas muestras se estudiaron en 1983-1984 y posteriormente en 1985, no se documentó seroconversión para VIH en este período, si bien se documentó para hepatitis B (2.0%) (1). Dado que los mecanismos de transmisión para ambas infecciones son muy parecidos, estos datos indican que la eficiencia de transmisión para VIH es menor que la que existe para el virus de la hepatitis B y/o que la prevalencia de infección inicial por VIH es más reducida.

SITUACION EN MEXICO

En México los estudios llevados a cabo en población en reclusorios son preliminares (Tabla II).

En una investigación llevada a cabo en forma conjunta por los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal y la Dirección General de Epidemiología (5), se realizó en el D.F. detección de anticuerpos contra VIH en una población de 980 reclusos masculinos pertenecientes a grupos de riesgo, encontrándose una prevalencia del 0.8%.

TABLA II

PREVALENCIA DE INFECCION POR VIH EN RECLUSORIOS EN EL D.F. Y EN EL ESTADO DE MEXICO

Estado	Año (1987)	Población	Sexo	Metodología	No. de encuestados	Prevalencia (%)
D.F.						
*CRSF	Ago/Oct.	Reclusas	F	Selección	480	0.0
CRPN	Ago/Oct.	Homesexuales	M	Selección	350	0.5
CRPS	Ago/Oct.	Homosexuales	M	Selección	350	1.0
CRPO	Ago/Oct.	Homosexuales	M	Selección	280	0.7
México						
Almoloya de Juárez	Jul/Sep.	Reclusos y vigilantes	M	Selección	42	0.0
T O T A L					**1,302**	**0.6**

Los estudios efectuados en el Centro de Sanciones Administrativas han mostrado los datos siguientes:

Número de sujetos muestreados: 56, número de sujetos seropositivos: 9
Prevalencia de infección: 16%.

* CRSF=Centro de Readaptación Social Femenino.
CRPN= Centro de Reclusión Preventiva Norte.
CRPS= Centro de Reclusión Preventiva Sur.
CRPO= Centro de Reclusión Preventiva Oriente.

FUENTES: Protocolo de Servicios Médicos del DDF/Dirección General de Epidemiología.-SSA.
Protocolo de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social/Instituto de Salud del Estado de México.-SSA.

Se encuestaron además, 480 mujeres en las que la prevalencia de infección fue nula.

Asimismo se estudiaron algunos sujetos del Centro de Sanciones Administrativas, en el que ingresan personas que se dedican a la prostitución y que se detienen por un lapso de 48 horas: en 56 personas masculinos se encontró una prevalencia de 16%.

Un segundo estudio (6) realizado por el Instituto de Salud del Estado de México y la Dirección General de Prevencion y Readaptación Social en el Reclusorio de Almoloya de Juárez en donde se presentaron tres defunciones por SIDA entre los reclusos en el período de 1985 a 1986 reportó los siguientes datos:
En el año de 1985, se notificó la defunción de un recluso con diagnóstico probable de SIDA; teniendo como factores de riesgo ser usuario de drogas intravenosas, homosexual y el antecedente de haber vivido en el extranjero. A finales de ese mismo año, se presentó un segundo caso de SIDA en ese mismo reclusorio en un sujeto masculino de 54 años de edad, que había estado recluído por 4 años, en el que no se documentaron factores de riesgo, pero se confirmó la presencia de anticuerpos anti-VIH. Este sujeto también falleció. Posteriormente a principios de 1986 se presentó el tercer caso de SIDA en un sujeto de 32 años de edad con antecedente de haber tenido prácticas homosexuales dentro del reclusorio con el primer caso referido. Se realizó un estudio preliminar en el reclusorio en el cual se investigaron factores de riesgo en 790 sujetos, de los cuales 181 fueron personal de vigilancia, 561 reclusos masculinos y 48 femeninos.

Del total de la población, 42 sujetos refirieron algún factor de riesgo. Se practicó detección de anticuerpos anti-VIH en estos sujetos. No se encontró ningún sujeto infectado (5).

CONSIDERACIONES SOBRE LA SITUACION EN MEXICO

Con base en lo anterior podemos hacer las siguientes observaciones:

1. La población de reclusos en nuestro país es diferente a la estudiada en otros sitios, particularmente por una menor frecuencia en el abuso de drogas intravenosas; por lo tanto, la prevalencia de infección por VIH en este grupo será menor comparativamente a la observada en otras investigaciones.

2. No existen estudios en los que se haya definido el riesgo inherente a la estancia en los reclusorios. La baja

prevalencia que se ha observado en reclusos que no tienen antecedentes indican que este riesgo en caso de existir es bajo.

3. Los resultados de los estudios practicados hasta ahora en México, indican que la prevalencia de infección por VIH esta asociada a prácticas de riesgo previas al ingreso al reclusorio y no determinadas por la estancia en el mismo. Sin embargo, existen datos que indican la ocurrencia de prácticas de alto riesgo al interior de los reclusorios.

4. Por lo anterior deberán adoptarse medidas que prevengan la transmisión de la infección por VIH en los reclusorios. La recomendación a este respecto es la misma que para otros grupos en riesgo y constituye la difusión de medidas educativas.

La eficacia de los programas educativos en reclusorios, se ha evaluado en los Estados Unidos midiendo su impacto para modificar actitudes. Los resultados muestran que se han reducido temores infundados en el 85% del personal y en el 79% de los reclusos (3).

MEDIDAS PREVENTIVAS RECOMENDACIONES DE LA OMS

En noviembre de 1987 se convocó una reunión de la O.M.S. para la prevención y control del SIDA en las prisiones (7).

Las recomendaciones que surgieron a partir de esta reunión consideran que el control y prevención del SIDA en las prisiones debe situarse en el contexto de mejorar la higiene global en los reclusorios, prevenir las enfermedades infecciosas y mejorar los recursos médicos disponibles en ellas. Se concluyó que los principios generales de los Programas Nacionales de Control de SIDA deben aplicarse por igual en las prisiones y en la comunidad. Las políticas y responsabilidades de los administradores de reclusorios deben desarrollarse en cooperación estrecha con las autoridades de Salud. Los principios generales que deben tomarse en cuenta son los siguientes:

1) Los administradores de reclusorios en colaboración estrecha con las autoridades de Salud reconocen su responsabilidad para minimizar las posibilidades de transmisión del VIH en las prisiones (y por lo tanto en la comunidad general cuando los reclusos sean liberados).

2) Los presos deben ser tratados en igual forma que el resto de miembros de la comunidad, incluyendo el derecho a:

- Información actualizada sobre SIDA.

- Programas educativos y medidas preventivas destinados a disminuir la transmisión de la infección (principalmente la relacionada a prácticas sexuales de alto riesgo, prostitución y abuso de drogas intravenosas).

- Disponibilidad de pruebas de detección a solicitud del interesado, con garantía de confidencialidad sobre los resultados y asesoría oportuna tanto previa como posterior a la prueba, así como apoyo por personal capacitado.

- Disponibilidad de servicios médicos enfermería, consulta externa e internamiento similares a los ofrecidos al resto de pacientes con SIDA en la comunidad.

- Posibilidad de liberación temprana y oportunidad de morir dignamente en libertad.

- Información sobre los programas de tratamiento y respeto a la decisión de rehusar a someterse a los mismos.

3) Todo el personal de la prisión debe recibir información actualizada sobre la prevención y control del SIDA en las prisiones como parte de una capacitación más general relacionada con salud ocupacional e higiene y que deberá incluir la posibilidad de diagnosticar oportunamente las manifestaciones clínicas asociadas a la infección por VIH, indentificación de procedimientos de liberación y el tratamiento humanitario de los presos identificados.

4) Los presos no deberán sufrir discriminación relacionada con la infección por VIH o el SIDA (como prueba de detección involuntaria, segregación innecesaria o aislamiento) excepto cuando se requiera por el propio bienestar del sujeto.

Finalmente, la reunión de expertos concluyó que las autoridades de prisiones son responsables de brindar información y educación a grupos con prácticas de riesgo, muchos de los cuales no recibieron este tipo de información en la comunidad; así como asegurar la salud tanto de los reclusos como del personal del reclusorio para disminuir al mínimo la transmisión del VIH en las prisiones.

Propuesta de actividades de un programa de prevención de transmisión de VIH en prisiones mexicanas.

Las actividades que se pueden considerar para integrar un Programa de Prevención de la Transmisión de la Infección por VIH en Reclusorios son las siguientes:

1. Educación contínua sobre SIDA al personal (médico y no médico) del reclusorio y a reclusos que incluya información sobre la infección por VIH, formas de transmisión y medidas preventivas.

2. Capacitación del personal médico de reclusorios para evaluación clínica de sujetos sintomáticos y asesoría psicológica a sujetos seropositivos.

3. Dado que no se ha demostrado transmisión por contacto casual no se justifica el aislar a aquellos sujetos detectados como seropositivos.

4. La Dirección General de Epidemiología ha desarrollado un proyecto de Investigación de Infección por VIH en reclusorios, cuyo objetivo es determinar la magnitud del problema en estos centros. A través del mismo se proporciona capacitación al personal, pruebas de detección, así como material educativo y preventivo de apoyo.

BIBLIOGRAFIA

1. Kelley, P.W.; Redfield, R. R., Word, D.L., et al. : "Prevalence and Incidence of HTLV-III- Infection in a Prison" JAMA 1986; 256: 2197-2198.

2. C.D.C. Human immunodeficiency virus infection in the United States: a review of current Knowledge. MMWR 1987; 36 (suppl. no. 5-6): 1-42.

3. Harding, T.W. Aids in Prison. Lancet.1987; 1260-1263.

4. C. D. C. Acquired Immunodeficiency syndrome in correctional facilities: A report of the National Institute of Justice and the American Correctional Association. MMWR 1986;35:195-199.

5. Castañón, R.R. ; Valdéz, A.P. Ortíz, Q.A.E.; Bretón, A.J.; Cordero, O.G.; Loo M., R.E.; García, G.M.L.; Valdespino, G.J. Sepúlveda, A.J.: "Factores de riesgo asociados a la prevalencia e incidencia de infección por VIH en Reclusorios Preventivos Masculinos, Centro de Readaptación Social Masculino y Centro de Sanciones Administrativas. ServiciosMédicos del Departamento del D.F. Dirección General de Epidemiología,1987. 1er. Congreso Nacional sobre SIDA. Cocoyoc, Morelos.

6. Gutiérrez, V.M.C.; Molina, J.N.: Prevalencia de virus de la inmunodeficiencia humana en personal interno y de vigilancia del Centro Penitenciario de Almoloya de Juárez, Edo. de México. Instituto de Salud en el Estado de México/Dirección General de Prevención y Readaptación Social, Congreso Nacional de Sida. Cocoyoc, Morelos.

7. WHO Consultation on Prevention and control of AIDS in Prisons. Lancet;1987:12631264.

3. DECLARACION DE LONDRES SOBRE PREVENCION DEL SIDA. CUMBRE MUNDIAL DE MINISTROS DE SALUD SOBRE PROGRAMAS DE PREVENCION DEL SIDA.

La reunión de ministros de salud se efectuó del 26 al 28 de enero y fue convocada por la Organización Mundial de la Salud y el gobierno del Reino Unido, para analizar la situación del SIDA y las medidas de prevención.

En esta reunión participaron delegados de 148 paises en representación de la gran mayoría de la población mundial. En el transcurso de la reunión se redactó la siguiente declaración conjunta:

"I. Habida cuenta de que el SIDA es un problema mundial que entraña una grave amenaza para la humanidad, es necesario que los gobiernos y pueblos de todo el mundo adopten urgentemente medidas para aplicar la Estrategia Mundial de la OMS contra el SIDA, tal como ha sido definida por la 40a Asamblea Mundial de la Salud y apoyada por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

2. Haremos cuanto esté a nuestro alcance para lograr que nuestros gobiernos adopten efectivamente esas medidas urgentes.

3. Nos comprometemos a establecer programas nacionales apropiados para prevenir y frenar la propagación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el marco de los sistemas de salud de nuestros países. Insistimos ante todos los gobiernos en la utilidad de un comité coordinador de alto nivel para mancomunar la totalidad de las instancias gubernamentales y, de conformidad con la Estrategia Mundial contra el SIDA, y en la mayor medida posible, haremos participar en la planificación y aplicación de esos programas, a todos los sectores gubernamentales y organizaciones no gubernamentales competentes.

4. Nos hacemos cargo de que, a falta sobre todo de una vacuna o cura para el SIDA, el componente más importante de los programas nacionales contra esta enfermedad es la labor de información y educación, toda vez que puede prevenirse la transmisión del VIH mediante un comportamiento responsable y bien informado. A este respecto, los individuos, los gobiernos, los medios de información y otros sectores tienen importantes funciones que desempeñar en la prevención de la propagación de la infección por el VIH.

5. Consideramos que los programas

de información y educación deben estar dirigidos al público en general y tener plenamente en cuenta las circunstancias sociales y culturales, los diferentes modos de vida y los valores humanos y espirituales. Los mismos principios son igualmente aplicables a los programas dirigidos a grupos específicos, interesándose según proceda. Entre estos grupos figuran:

- Las autoridades
- los agentes de los servicios sanitarios y sociales en todos los niveles;
- los viajeros internacionales;
- las personas cuyos hábitos pueden exponerlas a un mayor riesgo de infección
- los jóvenes y los que trabajan con ellos, especialmente el personal docente;
- los dirigentes comunitarios y religiosos;
- los posibles donantes de sangre; y
- los sujetos infectados por el VIH, sus familiares y demás personas que se ocupan de atenderlos, todos los cuales necesitan consejos adecuados.

6. Insistimos en la necesidad de que los programas de prevención del SIDA protejan los derechos humanos y la dignidad de las personas. La discriminación y la estigmatización de los sujetos y grupos de población infectados por el VIH y enfermos de SIDA socavan la salud pública y deben evitarse.

7. Instamos a los medios de información que asuman su importante responsabilidad social de proporcionar información objetiva y equilibrada al público en general sobre el SIDA y sobre los medios de evitar su propagación.

8. Recabaremos la participación de todas las instancias gubernamentales y organizaciones no gubernamentales con objeto de crear el contexto social de apoyo necesario para asegurar la aplicación eficaz de programas de prevención del SIDA y la humanización de la asistencia a los individuos afectados.

9. Haremos ver claramente a nuestros gobiernos la importancia que reviste para la sanidad nacional asegurar la disponibilidad de los recursos humanos y financieros, inclusive de servicios sanitarios y sociales con personal competente, que se necesitan para llevar a cabo nuestros programas nacionales contra el SIDA y para fomentar un comportamiento responsable y bien informado.

10. En el espíritu de la resolución A/42/8 de la Asamblea General de las Nacionales Unidas, hacemos un llamamiento:

- a todas las organizaciones apropiadas del sistema de las Naciones Unidas, incluídos los organismos especializados;

- a los organismos bilaterales y multilaterales; y

- a las organizaciones no gubernamentales y de beneficencia.

para que apoyen la lucha contra el SIDA en el mundo, de conformidad con la Estrategia Mundial de la OMS.

11. Apelamos en particular a esas organizaciones para que presten un apoyo bien coordinado a los países en desarrollo a fin de que éstos establezcan y lleven a cabo programas nacionales sobre el SIDA en función de sus necesidades. Reconocemos que estas necesidades varían según los países a tenor de su situación epidemiológica.

12. Dirigimos asimismo un llamamiento a cuantos se dedican a combatir el abuso de drogas para que intensifiquen sus esfuerzos en el espíritu de la Conferencia Internacional sobre Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas (Viena, junio de 1987), con ánimo de contribuir a limitar la propagación de la infección por el VIH.

13. Pedimos a la Organización Mundial de la Salud que, por conducto de su Programa Mundial sobre el SIDA, continúe:

i) ejerciendo su mandato de autoridad directiva y coordinadora del esfuerzo mundial contra el SIDA;

ii) promoviendo, alentando y apoyando el acopio y la diseminación por todo el mundo de información precisa sobre el SIDA;

iii) elaborando y dando a conocer directrices sobre planificación, ejecución, vigilancia y evaluación de los programas de información y educación, y cerciorándose de que esas directrices se actualizan y revisan a medida que se adquiere más experiencia.

iv) apoyando a los países en la vigilancia y evaluación de los programas de prevención, incluidas las actividades de información y educación, y estimulando la amplia difusión de los resultados con objeto de ayudar a los países a aprender de la experiencia de los demás.

v) sosteniendo y reforzando los programas nacionales de prevención y lucha contra el SIDA.

14. A raíz de esta Cumbre, 1988 será el Año de la Comunicación y la Cooperación sobre el SIDA, en el que:

Cooperación sobre el SIDA, en el que:

- abriremos totalmente los canales de comunicación en cada sociedad a fin de informar y educar más amplia, general e intensivamente al público;

- reforzaremos el intercambio de información y experiencia entre todos los países; y

- forjaremos, mediante la información, la educación y el liderazgo social, un espíritu de tolerancia social.

Estamos persuadidos de que, fomentado un comportamiento responsable y mediante la cooperación internacional, podemos empezar a frenar la propagación de la infección por el VIH y lo haremos."

Para citar este boletín se sugiere hacerlo conforme al siguiente ejemplo:
Dirección General de Epidemiología: Transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Reclusos. Boletín Mensual de SIDA. México. 1988, abril: 2(4): 288-295

AVISOS

SIMPOSIO INTERNACIONAL DE COMUNICACION Y EDUCACION SOBRE SIDA IXTAPA, MEXICO 16-20 DE OCTUBRE DE 1988

El Primer Simposio Internacional de Comunicación y Educación sobre el SIDA, organizado por la Secretaría de Salud de México, tiene el propósito de analizar e intercambiar experiencias relacionadas con la prevención del SIDA. El Simposio reunirá a administradores y expertos en planeación de la salud, educadores, especialistas en comunicación educativa, epidemiólogos y personas interesadas en apoyar la investigación sobre el SIDA. Asimismo, asistirán representantes de las Agencias de Salud Nacionales, Internacionales y de Agrupaciones Privadas. Los temas versarán sobre Investigación y Comunicación Educativa en Salud; Planeación Educativa, Diseño de Programas y Materiales Educativos, Investigación de Programas de Comunicación y Educación, así como Evaluación del Impacto de los Medios de Prevención contra el SIDA. El evento se realizará en Ixtapa, México, del 16 al 20 de octubre de 1988.

El Boletín Mensual sobre SIDA es la comunicación oficial de CONASIDA (Comité Nacional de Prevención sobre SIDA), está dirigido al personal médico y paramédico de las diferentes Instituciones con el propósito de informar sobre las características epidemiológicas del comportamiento de la infección por VIH en el país, proporcionar información actualizada sobre aspectos virales, clínico-terapéuticos y preventivos, así como informar sobre las normas, pautas y actividades que se adopten para el control de la epidemia.

Se aceptan contribuciones que traten aspectos epidemiológicos, virológicos, clínicoterapeúticos, educativos, sociales, jurídicos o éticos relacionados con la infección por VIH. Los artículos firmados son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan la opinión de CONASIDA o de la Institución a que está (n) afiliado (s) el (los) autor (es).

El SIDA se ha adicionado a la lista de enfermedades sujetas a Vigilancia Epidemiológica y la notificación inmediata de los casos es obligatoria (articulos 134 y 136 de la Ley General de Salud). La notificación deberá hacerse utilizando los formatos elaborados exclusivamente para SIDA y enviarse a:

DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA ANICETO ORTEGA 1321 5o. PISO, COL. DEL VALLE, DELEG. BENITO JUAREZ, 03100 MEXICO, D.F. TELEX 1764586 SSDFME TELEFONOS 5-34-78-91 5-24-87-23.

ANICETO ORTEGA 1321 COL. DEL VALLE C.P. 03100
TEL: 5 24 87 23 5 34 78 91